N° 2 Première Année. Juillet 1891

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France.	**10** fr. par an.
Étranger	**12** fr. —

PARIS

E. LECROSNIER ET BABÉ

LIBRAIRES-ÉDITEURS

3, Place de l'École-de-Médecine, 3

MEMBRES FONDATEURS :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Boucheron.
4. Cartaz.
5. Chatellier.
6. Duplay.
7. Fauvel.
8. Garrigou-Desarénes.
9. Gellé.
10. Gille.
11. Gouguenheim.
12. Hermet.
13. Ladreit de Lacharrière.
14. Lévi.
15. Lubet-Barbon.
16. Luc.
17. Marage.
18. Martin.
19. Ménière.
20. Miot.
21. Moura-Bourouillou.
22. Potiquet.
23. Proust.
24. Reynier.
25. Ruault.
26. Saint-Hilaire.

COMPOSITION DU BUREAU :

Président :	MM. GELLÉ.
Vice-Président :	CARTAZ.
Secrétaire général :	SAINT-HILAIRE.
Secrétaire annuel :	MARAGE.
Trésorier :	MÉNIÈRE.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr SAINT-HILAIRE, *secrétaire-général, rue du Four,* 51.

N° 2. PREMIÈRE ANNÉE. JUILLET 1891.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS



Séance du 5 Juin 1891 (suite).

Présidence de M. Gellé.

Observation pour servir à l'étude des sténoses laryngées neuropathiques.

Par le Dr Albert Ruault.

Messieurs, je désire communiquer à la Société une observation, malheureusement incomplète au point de vue anatomo-pathologique, mais qui, outre qu'elle est jusqu'ici unique en son genre, me paraît présenter un réel intérêt au point de vue de l'histoire de l'innervation du larynx. Je vous ferai grâce des détails, car cette observation sera publiée *in extenso* dans un travail ultérieur, et je me bornerai à vous exposer les faits dans cette communication préalable.

Il s'agit d'un homme de 36 ans, ancien soldat de l'infanterie de marine, alcoolique, et syphilitique depuis une dizaine d'années, qui me fut adressé, dans mon service de clinique des sourds-muets, par mon ami le Dr L. Jullien, pour des accidents de sténose laryngée. La dyspnée était violente, le cornage permanent. A l'examen laryngoscopique, je trouvai l'aspect bien connu de la paralysie double et complète des muscles

crico-aryténoïdiens postérieurs, avec une tension marquée des cordes vocales. L'asphyxie étant imminente, la trachéotomie fut pratiquée. Quelques jours après, un examen plus complet du malade me fit reconnaître qu'il était, sans aucun doute possible, atteint d'ataxie locomotrice.

Soulagé d'abord par l'opération, le malade ne tarda pas à se plaindre vivement de la présence de sa canule, et me demanda instamment, et à plusieurs reprises, de l'en débarrasser coûte que coûte par une opération quelconque, faute de quoi il se suiciderait, préférant la mort à une infirmité « dégoûtante ». Cette attitude du patient me semblant autoriser une intervention, je pensai qu'on pourrait peut-être le soulager si l'on provoquait, à l'aide de la résection d'un nerf récurrent, une hémiplégie laryngée : la corde vocale du même côté devant prendre la position cadavérique et s'éloigner de la ligne médiane, le malade pourrait respirer par l'espace glottique ainsi ménagé et la canule pourrait être enlevée. J'en parlai à mon maître, M. Charles Monod, l'éminent chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine, qui s'était déjà chargé de trachéotomiser le malade, et lui demandai de vouloir bien tenter la résection du récurrent gauche, si la chose lui semblait praticable. M. Monod, après examen, pensa que cette tentative était légitime, au moins dans ce cas particulier, et, après avoir répété à plusieurs reprises l'opération sur le cadavre, fit entrer le malade dans son service et l'opéra en présence de son collègue le Dr Marchand et de moi-même.

M. Monod conduisit cette opération comme il eût fait d'une œsophagotomie externe, mais prolongea son incision plus bas, et atteignant le nerf récurrent gauche au-dessous de l'artère thyroïdienne inférieure, il en réséqua, à ce niveau, environ un centimètre et demi de longueur. L'opération terminée, et le malade paraissant pouvoir respirer malgré l'obturation de la canule trachéale, on enleva celle-ci, on fit un pansement approprié, et le malade guérit en quelques jours, sans aucune complication post-opératoire.

Dès que le pansement eut été enlevé, je pratiquai l'examen

laryngoscopique, et, à mon grand étonnement, je trouvai que *le larynx présentait le même aspect* qu'avant l'opération : les cordes vocales étaient en position médiane, s'abaissant à l'inspiration et étaient repoussées en haut à l'expiration, le larynx était absolument symétrique, sans trace d'hémiplégie. Les cordes vocales étant flasques, le malade respirait à peu près suffisamment au repos, mais il était évident que le résultat opératoire était négatif. Nous espérions, M. Monod et moi, qu'il se produirait bientôt une atrophie de la corde vocale du côté opéré, et que cette atrophie élargirait un peu l'espace glottique; mais, trois semaines plus tard, il n'y avait pas encore trace d'atrophie, et la dyspnée se montra de nouveau. Je conseillai au malade de rentrer à l'hôpital, et j'avais l'intention de demander à M. Monod, la trachéotomie une fois faite, de tenter la résection du laryngé supérieur; mais le malade hésita pendant quelques jours et n'entra à l'hôpital qu'asphyxiant. L'ouverture de la trachée ne fut pas suivie du rétablissement de la respiration et la mort survint dans la même journée.

L'autopsie ne put être faite à cause de l'opposition de la famille. On put néanmoins prendre le larynx, qui paraissait sain. Les articulations avaient leur motilité normale; les muscles avaient leur volume et leur aspect physiologique, et il n'y avait aucune lésion de la muqueuse. L'examen histologique des muscles ne fut pas fait. L'examen du nerf réséqué a été pratiqué au laboratoire de M. le professeur Cornil par M. le Dr A. Gombault qui le trouva très altéré.

Je ne ferai pas suivre le récit de cette observation de longs commentaires. Je me bornerai à faire observer qu'elle suffit à montrer combien est complexe et peu connue encore la question de l'innervation du larynx, bien que les travaux contemporains, et notamment ceux d'Exner et d'Onodi, aient déjà commencé à y jeter quelque lumière. Il est évident que, dans ce cas, l'innervation de la moitié gauche de l'organe était loin d'être faite surtout par le récurrent gauche : le laryngé inférieur du côté opposé peut-être, et plus vraisemblablement le

laryngé supérieur gauche, concouraient largement à cette innervation. Quand bien même, en effet, la paralysie double des aryténoïdiens postérieurs eût été de nature myopathique (ce que nous ne pouvons nier formellement puisque l'examen histologique des muscles n'a pas été fait), la résection du récurrent aurait dû produire une hémiplégie laryngée du même côté, si le récurrent avait été seul à innerver les muscles où il envoie ses filets moteurs.

M. Gouguenheim. — L'examen histologique des muscles dilatateurs a-t-il été fait ?

M. Ruault. — Il n'a pu être fait.

Paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs dans un cas d'anévrisme de l'aorte.

Par le Dr A. Cartaz, ancien interne des hôpitaux.

Les paralysies laryngées consécutives à une compression du récurrent par un anévrisme de l'aorte sont loin d'être rares. Dans certains cas on a pu même soupçonner la lésion vasculaire par les phénomènes constatés à l'examen laryngoscopique. Avant que les manifestations du côté de l'appareil circulatoire fussent assez prononcées pour appeler l'attention du malade et du médecin, la tumeur amenait, par compression du récurrent, un trouble fonctionnel du côté du larynx et permettait de diagnostiquer la véritable maladie en quelque sorte par anticipation.

Les paralysies doubles sont au contraire fort rares : c'est à peine s'il en a été publié une vingtaine de cas.

Un des premiers observés, je ne parle pas bien entendu des cas cités dans la thèse de Jolivet et dans d'autres mémoires où il n'y avait pas eu d'examen laryngoscopique, un des premiers, dis-je, appartient à Ziemssen. Il existait une paralysie bi-latérale des récurrents due à un anévrisme simultané de la crosse aortique et du tronc brachio-céphalique. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, IV, 1888.)

Depuis ce premier fait, des observations analogues ont été rapportées par Traube, Beschorner, Morell Mackenzie, Semon, Mac Call Anderson, Saundby, Felici, Massei, Schnitzler et Fraenkel. Dans ces diverses observations, il s'agit tantôt de paralysie bien nette des récurrents avec position cadavérique des cordes, tantôt au contraire de paralysie isolée des abducteurs. Parfois la paralysie est complète d'un côté, incomplète de l'autre, simple parésie (Schnitzler, Felici). Dans un cas enfin, unique à ce que je crois, Schnitzler a vu la paralysie des adducteurs survenir à la suite de la compression par un anévrisme aortique.

L'observation que je rapporte est un cas très net de paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs; malheureusement l'absence d'autopsie n'a pas permis de vérifier les conditions dans lesquelles se faisait la compression.

Dans le courant de l'année dernière, j'étais appelé pour examiner un malade arrivé récemment de province et qui, depuis trois jours, était en proie à une dyspnée considérable. Ancien employé de chemin de fer, âgé de 55 ans, le malade avait été obligé de quitter ses fonctions par suite de palpitations intenses, d'essoufflement facile, de gêne considérable toutes les fois qu'il lui fallait faire le plus léger effort. Le médecin de la commune où il résidait lui avait parlé de maladie de cœur, lui avait recommandé la plus grande prudence dans le travail, et de ne jamais se livrer à un travail pénible. Il avait certainement diagnostiqué la lésion, mais avait caché le nom de la maladie de peur d'effrayer l'intéressé. Le repos aidant, tout alla assez bien pendant quelques mois. Il y a quinze jours, à la suite de quelques travaux de jardinage, le malade remarqua que la voix, qui était un peu voilée depuis quelque temps, devenait un peu plus couverte. De plus, il avait remarqué des battements très nets à la partie moyenne de la poitrine et « comme un soulèvement ».

Depuis quatre jours, à la suite d'efforts, le malade a éprouvé brusquement de la gêne pour respirer, de l'oppression, et à trois ou quatre reprises dans la journée sont survenus de véritables

accès d'angine de poitrine. Ne voulant à aucun prix user de la morphine pour calmer ces accès, comme le lui avait conseillé son médecin, le malade a eu l'idée de respirer du chloroforme qui amena assez rapidement la fin de l'accès douloureux.

Quand je vois le malade, il est assis sur son lit, respirant avec angoisse; l'inspiration est pénible, bruyante, l'expiration assez libre. La voix n'est pas éteinte, mais simplement voilée. A l'examen laryngoscopique, je constate une paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs; les deux cordes vocales sont rapprochées de la ligne médiane, écartées de 2 à 3 millimètres, le bord demi-concave, mais sans que les mouvements respiratoires ou de phonation impriment un changement notable à cette position.

Il s'agit d'une compression par un anévrisme aortique. Il existe au niveau de la région précordiale une voussure très prononcée et tous les signes à l'auscultation d'une tumeur anévrismale. Le pouls radial *gauche* est à peu près normal; il y a au contraire une diminution presque absolue du pouls à la radiale *droite*.

Dans une seconde visite, je pus m'assurer très nettement qu'il s'agissait bien d'une paralysie double. J'arrivai en effet peu après le début d'un accès douloureux et le malade venait de respirer le chloroforme à assez hautes doses pour qu'il y eût un demi-sommeil anesthésique. J'en profitai pour faire un examen laryngoscopique qui me montra les cordes dans la même position que la veille, sans le moindre changement. Il n'existait donc aucune contracture secondaire des adducteurs, comme on pouvait du reste l'affirmer par l'absence de tension et de rectitude du bord libre de la eorde.

Le malade mourut subitement, vingt-quatre heures plus tard. L'autopsie ne fut pas possible.

En publiant cette observation, j'ai tenu à faire ressortir la lésion primordiale des abducteurs dans un cas de compression par une tumeur vasculaire, lésion paralytique que l'anesthésie obtenue fortuitement par le malade, pour soulager ses accès douloureux, m'a permis d'établir d'une façon rigoureuse.

Séance du 3 *Juillet* 1891.

Deux cas de guérison de suppuration chronique de la caisse du tympan à la suite de l'excision du marteau.

Par le Dr Luc, ancien interne des hôpitaux.

Depuis ces dernières années, la chirurgie de l'oreille suivant le mouvement de la chirurgie générale s'est faite plus hardie, notamment dans le traitement des suppurations rebelles de la caisse entretenues par une ostéite chronique de ses parois, le plus souvent de nature tuberculeuse et réclamant la même intervention locale que la carie des autres parties du squelette.

L'emploi de la curette dans les ostéites suppurées de la caisse compliquées de granulations et de végétations polypiformes donne ici les mêmes résultats qu'ailleurs. Ce mode de traitement bien appliqué peut suffire pour tarir presque immédiatement des écoulements d'oreille persistant depuis des années. Il est des cas, pourtant, où il est insuffisant et où il demande à être précédé de l'ablation du premier ou des deux premiers osselets, soit que l'on ait réussi à reconnaître une altération de ces osselets suffisante pour entretenir la suppuration, soit que cette ablation puisse seule donner un jour suffisant pour permettre un curettage complet de la caisse.

Ces deux occurrences différentes, mais entraînant la même indication, se sont présentées chez les deux malades dont nous rapportons ici l'histoire. Étant donnés les travaux antérieurement publiés en Allemagne par Kessel, Schwartze, Lucœ, Baracz, Ludwig et Stocke, ces faits ne sauraient avoir aucune prétention à la nouveauté et nous ne les présentons ici que comme contribution à une méthode récente qui nous paraît mériter d'être généralisée le plus possible.

Obs. I. — *Suppuration de l'oreille droite datant de 7 ans. — Perforation de la membrane de Schrapnell. — Carie de la tête du marteau. — Extraction de cet osselet et curettage de la région supérieure de la caisse. — Vertiges violents consécutifs. — Régénération cicatricielle de la membrane tympanique et cessation complète de l'écoulement au bout de deux mois.*

M. R..., 24 ans, homme vigoureux, offrant toutes les apparences d'une excellente constitution. Se plaint d'un écoulement peu abondant de l'oreille droite dont le début remonte à 7 ans et qui présente, depuis 3 ans, une fétidité marquée. Le malade parle d'une chute sur l'occiput, lorsqu'il avait 9 ans, mais cet accident n'entraîna pas d'écoulement d'oreille, aussi paraît-il plus rationnel d'attribuer la présente affection à la brusque introduction d'un cure-dent dans l'oreille, introduction qui fut suivie d'un écoulement de sang, puis de l'écoulement purulent.

Le lavage que nous commençons par pratiquer dans l'oreille occasionne un vertige violent, avec syncope passagère.

L'oreille lavée, nous constatons une perforation tympanique sus-jacente à la petite apophyse du marteau et en partie obstruée par une petite végétation polypiforme. La sonde permet de constater la dénudation de la tête de cet osselet, qui offre en outre une mobilité anormale et semble d'une extraction facile. L'ouïe étant très abaissée de ce côté (montre entendue à 2 centimètres) et le malade, qui habite la province, ne pouvant faire de fréquents voyages à Paris, il nous paraît opportun d'accorder ici la préférence à la mesure la plus radicale et de pratiquer, séance tenante, l'excision de l'osselet malade.

M. R... ayant accepté l'opération, nous commençons par insensibiliser la région par l'application sur la partie supérieure du tympan, pendant 10 minutes, d'un petit tampon d'ouate hydrophile imprégné d'une solution de cocaïne à 1/3.

Cela fait, la membrane est excisée tout autour du marteau, le tendon du muscle interne est sectionné au moyen d'un petit bistouri fabriqué par Mathieu, sur nos indications, pour ce cas particulier, et l'osselet saisi par son manche au moyen d'une pince est facilement saisi et extrait. Nous constatons au niveau de sa tête des irrégularités qui ne laissent pas de doutes sur l'altération osseuse présumée. L'écoulement de sang, au cours de l'opération, n'avait pas été trop abondant et la cocaïne avait rendu nos manœuvres très supportables au malade. Aussitôt après l'extraction du marteau, curettage de la cavité tympanique supérieure dans toute sa portion accessible, puis tamponnement de cette cavité et de tout le conduit auditif externe avec de la gaze iodoformée.

Immédiatement après l'opération, bourdonnements intenses et vertiges violents accompagnés de vomissements bilieux rendant la station debout très difficile. Ces phénomènes pénibles vont s'atténuant, les jours suivants, mais ne disparaissent complètement qu'au bout de deux semaines. Nous notons, en outre, une aggravation notable de la surdité du côté opéré. La montre primitivement entendue à 2 centimètres n'est perçue que fortement appliquée contre le pavillon. Ce dernier symptôme devait heureusement n'être que passager.

Le lendemain de l'opération, nous trouvons l'oreille étanche. A la place du marteau s'observe une large perte de substance reproduisant, avec de plus grandes dimensions, la forme de cet osselet. A travers cette perforation on distingue, flottante, la corde du tympan qui n'a pas été sectionnée. Les jours suivants, la perte de substance se rétrécit visiblement par un phénomène de régénération de la membrane.

M. R... nous quitte au bout d'une douzaine de jours pour s'en retourner chez lui.

Il revient nous voir le 27 mai, près de deux mois par conséquent après l'opération. Il est complètement débarrassé de ses vertiges. Nous nous assurons en outre que l'ouie s'est considérablement améliorée, tout en restant un peu inférieure à ce qu'elle était avant l'opération. La montre est entendue à 1 cen-

timètre, l'oreille gauche étant soigneusement bouchée (1). Bien que le conduit n'ait pas été lavé depuis 24 heures, il se montre absolument sec. A la place du marteau absent, nous observons une membrane cicatricielle déprimée.

Obs. II. — *Ostéite vraisemblablement tuberculeuse des parois de la caisse tympanique gauche, occasionnant un écoulement d'oreille fétide depuis plus de 25 ans. — Guérison dans l'espace de 2 mois à la suite d'un nettoyage du foyer précédé de l'excision du marteau.*

Mlle B..., 29 ans, porte au cou des cicatrices profondes d'abcès froids datant de l'enfance. Elle se décide à nous consulter au mois de novembre dernier pour un écoulement purulent de l'oreille gauche remontant aux premières années de sa vie et qui ne s'est jamais complètement tari. Cet écoulement présente une fétidité marquée. Après lavage de l'oreille, nous trouvons le fond du conduit auditif rempli par une grosse masse polypeuse dont nous pratiquons l'extraction, à la visite suivante de la malade, au moyen du serre-nœud ; après quoi le moignon est cautérisé avec de l'acide chromique en cristaux. Nous prescrivons, pour les jours suivants, des instillations fréquentes avec de l'alcool absolu tenant en suspension de l'acide borique en poudre. Cette modification donne lieu à des douleurs d'oreilles très pénibles ; la malade présente en outre, au bout de 3 jours, les signes d'une paralysie complète de la moitié gauche de la face. Nous suspendons les instillations d'alcool et la paralysie se dissipe spontanément au bout de 3 semaines ; ce qui nous porte à l'attribuer à un gonflement passager de la gaine du nerf déterminé par l'action irritante de l'alcool à travers des déhiscences du canal facial.

Cependant le polype extirpé s'était reformé en dépit de la cautérisation. A plusieurs reprises nous eherchons à en opérer

(1) Nous avons eu l'occasion d'observer, chez d'autres malades dont la caisse avait été soumise à un curettage énergique, de semblables exemples d'abaissement immédiat de l'ouïe suivi d'amélioration ultérieure de cette fonction.

l'extraction d'une façon radicale, en nous servant d'une petite curette tranchante, et chaque fois nous assistons à un nouveau et rapide bourgeonnement de la fongosité. Malgré les modifications profondes produites dans la caisse du tympan par une suppuration aussi prolongée, modifications rendant toute orientation extrêmement difficile, nous pouvons nous rendre compte que l'insertion du polype se fait en arrière du marteau dans la région postéro-supérieure de la caisse.

Le 17 février, le galvano-cautère ne nous ayant pas donné de meilleurs résultats, nous nous décidons, pour en finir, à extraire le marteau, dans l'intention de nous donner du jour, et cela fait, de procéder, après chloroformisation, à un curettage à fond de toutes les parties accessibles de la caisse. L'ouïe est d'ailleurs considérablement abaissée dans l'oreille malade, ce qui contribue à lever la plus grande partie de nos scrupules au sujet des suites fâcheuses possibles de notre intervention, relativement à l'audition.

La malade ayant accepté notre proposition, nous la soumettons à une chloroformisation complète et pratiquons l'extraction du marteau, non sans difficultés, étant donnée la *défiguration* profonde des parties; après quoi nous extrayons tout ce que nous pouvons atteindre de masses polypeuses, nous guidant plus sur nos sensations tactiles que sur la vue dont le secours nous est enlevé par l'écoulement incessant de sang, au pont du conduit. Nous nous arrêtons lorsque la curette manœuvrée dans tous les sens ne nous transmet d'autre sensation que celle des surfaces osseuses. Le foyer est alors cautérisé au moyen d'un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 1/10, puis tamponné avec de la gaze iodoformée. Les jours suivants, pas de vertiges, douleurs modérées, insensibilité transitoire du bord gauche de la langue évidemment causée par une lésion de la corde du tympan. L'oreille suppure abondamment, mais, pendant quatre semaines, nous ne constatons pas de nouveau bourgeonnement polypeux, tandis qu'avant notre intervention la récidive avait lieu invariablement vers le cinquième jour.

Le 29 mars cependant, nous avons le regret d'apercevoir un nouveau polype, paraissant s'insérer comme les précédents en haut et en arrière dans la direction de l'*aditus ad antrum*. Il devient donc évident que cette région et peut-être l'antre lui-même est le siège d'un foyer probablement tuberculeux donnant lieu à une incessante reproduction de fongosités et que, jusqu'ici, ce foyer a échappé à nos instruments. Nous nous décidons à une dernière tentative de curettage par les voies naturelles en utilisant la large brèche laissée par l'extraction du marteau, mais nous prévenons la malade que, si cette nouvelle intervention ne donne pas le résultat désiré, nous nous trouverons dans la nécessité de pratiquer l'ouverture de l'apophyse mastoïde que nous soupçonnons d'être le point de départ de cette répullulation continuelle des polypes. Heureusement cette nécessité devait nous être épargnée. Nous contentant cette fois d'une insensibilisation locale obtenue au moyen d'un tampon cocaïné, nous introduisons notre curette le plus haut et le plus en arrière possible, dans la direction de l'insertion de la fongosité, après avoir légèrement coudé la tige de l'instrument pour en rendre l'introduction plus facile et, grâce à la patience de la malade, nous pouvons pratiquer un curettage à fond de la région suspecte.

Au bout de quinze jours, la suppuration étant à peu près tarie, et la fongosité ne s'étant pas reproduite, nous laissons la malade partir pour la campagne.

Elle revient nous voir à la fin du mois, c'est-à-dire deux mois après notre dernière intervention. L'écoulement purulent est cette fois complètement tari ; toute trace de fongosité a disparu et toutes les parties de la caisse accessibles à la vue présentent un aspect nettement cicatriciel.

Nous ferons remarquer que, dans ce fait, bien que le marteau ne présentât lui-même aucune altération, l'opportunité de son extraction fut justifiée par le résultat, puisque seule cette opération nous donna un jour suffisant pour que nous pussions nous rendre compte de l'étendue des lésions et les poursuivre jusqu'à leurs extrêmes limites.

Carcinome de la corde vocale gauche. Laryngofissure. — Mort cinq jours après.

Par le Dr L. Lichtwitz (de Bordeaux).

L'observation que je vais rapporter présente quelque intérêt tant au point de vue du diagnostic clinique et microscopique qu'au point de vue de l'intervention chirurgicale.

M. H..., âgé de 53 ans, vient me consulter le 7 novembre 1889, pour une extinction de voix qui a apparu au mois d'août et qui persiste depuis lors. Le malade nous raconte que depuis 2 à 3 ans il a déjà eu, à plusieurs reprises, de forts enrouements disparaissant habituellement au bout de quelques jours. Dans les intervalles la voix toutefois n'était jamais complètement claire.

Son état général a toujours été bon. Pas de syphilis.

A part l'extinction de la voix, il n'éprouve aucun trouble du côté du larynx ni pour la respiration ni pour la déglutition et il ne ressent aucune douleur.

A l'examen laryngoscopique je pus constater un gonflement fusiforme à surface lisse et d'un aspect gris jaunâtre qui occupait les deux tiers antérieurs de la corde vocale gauche, sans aller tout à fait jusqu'à l'angle antérieur du larynx; sur le tiers postérieur de la même corde il existait, au contraire, une dépression et une coloration rouge foncée. La corde se mouvait moins bien que sa congénère. Rien d'anormal sur les autres parties du larynx. Pas de ganglions infiltrés dans la région du cou.

L'aspect du larynx me fit penser tout de suite à la présence d'une tumeur maligne, mais, pour confirmer mon diagnostic, j'enlevai un morceau de la tumeur qui fut examiné d'abord par le docteur Ferré, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, puis par le professeur Waldeyer, de Berlin. — Tandis que le premier concluait avec certitude à une tumeur maligne, M. Waldeyer n'osait porter un diagnostic aussi affirmatif et déclarait seulement dans sa lettre que les préparations envoyées étaient suspectes.

J'extrais le passage suivant : « L'aspect rappelle tout à fait « la préparation provenant de la tumeur de l'empereur Frédé-

« ric. Les coupes des fragments enlevés par Mackenzie et « examinés par Virchow me furent montrées par ce dernier. « Elles offraient le même aspect que votre préparation, c'est-« à-dire elles contenaient quelques corps cornés et des papilles « couvertes d'un épithélium épaissi. Virchow avait hésité, et « avec raison, à conclure qu'il s'agissait d'un carcinome et « vous voyez que bien qu'instruit par ce cas je n'ose pas porter « non plus ce diagnostic chez votre malade. Le plus souvent, « les petits fragments qu'on peut enlever ne suffisent pas pour « porter un diagnostic certain ; il faut que l'aspect laryngos-« copique et la marche clinique viennent en aide. »

M. Waldeyer ne se prononçait pas plus affirmativement sur un second fragment que j'avais enlevé.— Néanmoins il conseillait, comme M. Ferré et moi, l'extirpation de la corde affectée.

En attendant, le malade avait subi un traitement antisyphilitique sans que l'aspect de la corde se fût modifié.

Les petites plaies dues à l'ablation des fragments étaient cicatrisées et s'étaient comblées trop rapidement peut-être.

Les autres parties du larynx et l'espace sous-glottique semblaient être indemnes, sauf la surface antérieure de la paroi postérieure du larynx, qui présentait une légère voussure.

Le 4 février 1890, trois mois après mon premier examen, M. Demons pratiqua la trachéotomie basse préliminaire, et le 22 février il fit la laryngofissure. Le malade endormi, M. Demons changea la canule simple contre la canule de Trendelenburg et incisa le cartilage thyroïde. Puis, pendant que j'éclairais de mon mieux, à l'aide d'un miroir concave, tenu à la main, l'intérieur du larynx très difficile à voir malgré le fort écartement des deux moitiés du cartilage thyroïde, M. Demons enleva la corde vocale et la bande ventriculaire gauches, racla la paroi postérieure du larynx et finalement cautérisa profondément au thermocautère le fond de la plaie.

L'opération dura plus de 3 heures, car on fut obligé de l'interrompre à plusieurs reprises à cause des accès d'étouffement dus à la pénétration du sang dans les bronches malgré la canule à tampon.

Après avoir suturé la plaie, on plaça une sonde œsophagienne à demeure pour l'alimentation du malade. Dès le lendemain fièvre avec tous les symptômes d'une pneumonie hypostatique. Ce qui frappait surtout c'était l'absence presque complète de toute expectoration malgré de fortes doses d'apomorphine. On entendait pourtant à l'auscultation de gros râles sur toute l'étendue de la poitrine. Cette absence d'expectoration s'était déjà déclarée dès la fin de l'opération. Le cinquième jour le malade succomba; l'autopsie ne put pas être faite.

L'examen microscopique des parties enlevées, pratiqué par M. Ferré, fit reconnaître d'une manière évidente la nature cancéreuse de la tumeur. Toutes les parties enlevées même de petits fragments de cartilage montraient une dégénérescence carcinomateuse.

M. Ferré en concluait que la tumeur avait déjà envahi les couches les plus profondes du larynx et que la récidive aurait certainemement suivi l'opération en cas de survie du malade.

M. Waldeyer reconnut également aux préparations des parties extirpées tous les caractères d'un carcinome vrai. « Votre cas, m'écrivit-il, diffère de celui de l'empereur Fré-« déric par le développement considérable du tissu lamineux « qui permet de classer la tumeur dans le groupe des cancers « squirrheux. Le cancer de l'empereur Frédéric revêtait plutôt « un caractère médullaire. »

Ce cas montre de nouveau les difficultés d'un diagnostic précoce et certain du cancer primitif du larynx. En effet, à part les troubles de la phonation, il n'existait aucun symptôme subjectif : ni douleurs, ni dysphagie, ni hypersécrétion, ni dyspnée. Objectivement il y avait les données fournies par le laryngoscope et celles fournies par le microscope. L'aspect laryngoscopique, bien qu'il me fît soupçonner une tumeur maligne, n'était cependant pas suffisamment caractéristique pour tenter, en se basant sur lui seul, une extirpation d'une partie du larynx. Quant à l'examen microscopique des fragments enlevés, les anatomo-pathologistes qui avaient à juger les mêmes préparations différaient dans leur interpréta-

tion. Les difficultés pour les anatomo-pathologistes de poser un diagnostic certain dans des cas pareils provient de ce qu'on ne réussit pas facilement à enlever un fragment appartenant à la base de la tumeur qui seule contient les signes caractéristiques.

Aussi ne faut-il pas trop compter sur un diagnostic positif fait à l'aide du microscope et, comme le conseille Semon, ne pas ajourner l'opération radicale quand les symptômes cliniques ne rentrent plus dans la symptomatologie des tumeurs bénignes du larynx.

Il ne me reste qu'un mot à dire sur la méthode opératoire. Croyant avoir affaire à une tumeur assez limitée, on avait décidé de pratiquer la laryngofissure. Bien qu'il faille attribuer l'insuccès de l'opération dans mon cas à la pénétration du sang dans les poumons, je crois qu'il vaut mieux avoir recours dans des cas semblables à l'hémilaryngectomie.

La simple thyrotomie a le désavantage d'offrir un champ difficilement accessible et difficile à éclairer.

L'ablation des parties suspectes ainsi que l'hémostase se font dans une demi-obscurité.

Puis l'examen laryngoscopique ne permet pas de désigner d'avance à l'opérateur les limites de la tumeur qui, comme dans le cas présent, avait déjà envahi la charpente cartilagineuse du larynx.

Il est donc plus prudent, et en même temps plus facile, de faire dans ces cas l'hémilaryngectomie qui mettra le malade à l'abri des récidives bien plus que la laryngofissure.

Les prochaines réunions de la Société auront lieu le 6 *novembre et le* 4 *décembre.*

Prière d'adresser à M. le Dr Saint-Hilaire, 51, *rue du Four, huit jours avant la séance, le titre des communications qu'on se propose de faire.*

Le Gérant : Victor GOUPY.

PARIS.— IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71